

□原著論文□

## 中国東北部本溪市における在宅高齢者の心身不自由度と 介護の必要度に関する実態について

張 瑩\*

### 抄 録

**目的：**中国東北部本溪市内一地区の在宅高齢者の心身不自由度と介護や支援の必要度についての実態を把握して、当該地区の高齢者の介護ニーズを明らかにし、地域の高齢者対策に寄与することを目的とする。  
**方法：**日本の「要介護認定調査表 79 項目」および「障害老人の寝たきり度と痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」により、調査対象高齢者の心身不自由度と介護の必要度を調査した。**結果：**調査対象者の 27.7% が「要介護（要支援を含む）高齢者」、30.4% が「障害老人」、また、14.8% が「認知症症状を有する老人」と推定された。**結論：**調査対象地区が所在する本溪市は勿論、中国全体としてまだ介護保険等の在宅要介護者対策が無く、障害や認知症症状を有する高齢者に対する医療体制やリハビリテーション施設も極めて不十分である。中国人口の高齢化が急速に進行しつつある現状に鑑み、高齢者対策の確立が急務であると考えられた。

## The extents of mental and/or physical disorders and the necessity of nursing care for the elderly persons at home in Benxi City located in the north-eastern region of China

ZHANG Ying

### Abstract

**Purpose;** To make clear the extents of mental and/or physical disorders and the necessity of nursing care for the elderly persons at home in Benxi City located in the north-eastern region of China, which would contribute to the promotion of the welfare of the aged in the region concerned.

**Method;** With “the questionnaire on the need of the nursing care” and “the criteria for the degrees of the self-supporting of the aged with the mental and/or physical disorders in their daily living”, the extents of mental and/or physical disorders and the necessity of nursing care were investigated with regard to the elderly persons chosen for this study.

**Results;** It was estimated that 27.7% of the elderly persons under study required either some nursing care or support, 30.4% of them had a certain physical disabilities and 14.8% of them showed symptoms of dementia.

**Conclusion;** Not only in Benxi City, where the present study was performed, but also in China as a whole, there are no public measures to care for the elderly persons at home who require the nursing care services, such as the nursing care insurance. There are also no adequate medical services as well as rehabilitation facilities for the old people who suffer from physical and/or mental disorders. In view of the rapid aging of the Chinese population, it is considered that the establishment of the official measures for these old persons would be urgently necessary.

**Keywords:** Elderly persons at home (在宅高齢者), Extents of mental and/or physical disorders (心身不自由度), Extents of nursing care need (要介護度)

---

受付日：2005 年 10 月 25 日 受理日：2006 年 2 月 20 日

\*国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻 医療経営管理分野 博士課程

Division of Health Service Management, Doctoral Program in Health Sciences, International University of Health and Welfare  
E-mail : [ying0368@yahoo.co.jp](mailto:ying0368@yahoo.co.jp)

## I. はじめに

日本では、2000年4月から介護保険制度が施行され、介護を家族単位から社会全体として受け止めるようになった。しかし、中国においては介護の主たる担い手は、依然として家族であり、国全体としては介護について社会的に対応するという動きには至っていない。その背景には、儒教の教義が影響していること（王2003）、および親の扶養を家族に義務付けている中国の憲法第49条、および中国老年人權益保障法第10条の規定があるため、国民の間に親の扶養は家族がすべきだという意識が根強く存在しているからである（徐と原2001）。

しかし、現在の中国では産業構造の変化および一人っ子政策の実施によって、世帯の構成員が減少（王石泉2004）する一方、人口の高齢化が急速に進み、介護を必要とする高齢者が急増し（徐と原2001）、家族のみによる介護では対応が困難となりつつある（徐と原2001）（伊2000）。にもかかわらず、中国の高齢者を対象とする心身不自由の状態に関連付けた介護の必要度についての研究報告は殆どなく、介護の必要度別にみた高齢者の実態についての研究報告も非常に少ない。

そこで、著者は中国東北部本溪市内の一地区における在宅高齢者を対象として、高齢者の心身不自由度を調査し、これらの心身不自由度に対応する介護や支援の必要度を検討することにより、地域における在宅高齢者の介護福祉対策に寄与することを目的として本研究を実施した。

## II. 調査方法

### 1. 調査対象者、調査方法および回答率

本研究の調査対象者は、中国東北部本溪市の平山区T社区（人口5,814人）に居住する60歳以上の高齢者、795人（T社区人口の13.7%）から無作為に抽出した（2/3抽出；即ち、795人に1番から795番まで番号を付けて、3番目毎の対象者、即ち、#3、#6、#9、等を除外し、残りを対象とした）530

人である。

調査対象地区の選定理由；調査対象地区が所在する「本溪市」は、中国東北部遼寧省にあり、遼寧省は住民の平均年収が中国の31省中16位で、特に豊かでも貧しくもない地域である（中国国家統計局2003）。本溪市は、著者の出身地であり、このような調査に当たって、関係政府機関の協力や必要情報を得やすいこと、また著者の修士論文研究で今回の調査と同じ地区を調査したので、地区住民との連絡体制が確保されていることから、この地区を調査対象とした。

本溪市は、2002年において人口1,565,800人、うち60歳以上の高齢者人口は182,000人（本溪市人口の11.6%）であり（本溪市人民政府2002）、本調査対象の平山区T社区は、本溪市の旧市街地区の一つで、60歳以上高齢者の割合は13.7%であった。

調査対象者を60歳以上とした理由；

- (1) 国際連合では、発展途上国のように若年層が多く、高齢者が相対的に少ない人口構造の国の場合は、60歳以上を高齢者としており（嵯峨座晴夫1997）、また最近の国連の報告でも、世界人口の年齢構成を0～14歳、15～59歳（working age）、60歳以上（older persons）と分類している（United Nations 2005）。
- (2) 中国は、まだ発展途上国であり、2002年の中国人の平均寿命は70.7歳で、日本人の81.6歳と比べて、約11歳の差がある（中国国家統計局2003）。
- (3) 中国では、老年權益保障法第2条で、「60歳以上の人を老人」と規定している。
- (4) 中国における高齢者の医療福祉に関する先行研究の殆どは、60歳以上を高齢者として行われている。従って、60歳以上の人を調査対象とすることにより、これらの先行研究と比較することが出来る。

調査方法は、著者が調査対象者を訪問面接し、下記2.の調査項目について調査した。回答者は、

原則として高齢者本人とし、高齢者本人の回答が不可能な場合は、家族、ヘルパー、または高齢者のことをよく知っている血縁者を回答者とした。

倫理的配慮；この研究に当たっては、調査対象地区である本溪市平山地区行政当局の許可を得た上、調査対象者に本調査の趣旨を文書にて説明し、調査への協力の承諾を得た。

調査の実施期間は、2004年8～9月（調査対象者中の250人を調査）および2005年3～4月（調査対象者中の280人を調査）で、死亡、調査地区外への転居、等による調査不能者、および入院中の者と施設入所者を除いた調査回答者数（全て在宅高齢者）は513人（96.8%）、うち、高齢者本人の回答が452人（88.1%）、本人以外による回答が61人（11.9%）であった。本人以外の回答者61人の内訳は、病状悪化による回答不能者が27人（5.3%）（脳卒中14人、腎臓疾患3人、がん2人、心臓疾患5人、肺疾患3人）、高度痴呆者が25人（4.9%）、高度難聴者が9人（1.8%）であった。

## 2. 調査項目

調査回答者の基本属性（性別、年齢）のほか、日本の介護保険法に基づく「要介護認定調査票（基本調査）79項目（一次判定改訂版）」（住居2003）、および厚生省「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」のランク；J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2の8段階（厚生省1991）、ならびに「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」のⅠ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ, Ⅴの7段階（厚生省1993）を調査項目とした。

（注）上記の「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」は、1993年に厚生省が作成した判定基準の名称であるので、「痴呆」という表現をそのまま使用したが、日本においては、最近、「痴呆症」を「認知症」と呼ぶことが定着した（厚生労働省2004）ので、本論文では、以下、「痴呆性老人」を「認知症症状がある老人」と呼

ぶこととする。

## 3. 調査データの集計方法

日本の要介護認定計算ソフト（上州街道；一次判定改訂版）（住居2003）を用いて、前記の基本調査79項目のそれぞれについて該当番号を入力し、日本の介護保険制度の非該当（自立）、要支援、要介護Ⅰ～Ⅴに分類した。また前記の厚生省「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」および「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の該当段階を分類して集計した。

（注）上記の「上州街道ソフト」は、前記文献（住居2003「要介護認定とは何か」）の監修者・日本女子大学一番ヶ瀬康子名誉教授、および同文献の著者、広島県立保健福祉大学住居広士教授が推奨されているところから、これを使用した。

## 4. 調査結果の解析方法

統計ソフトSPSSを用い、 $\chi^2$ 検定により分析した。

## Ⅲ. 調査結果

### 1. 性別、年齢階層別調査回答者数

性別、年齢階層別調査回答者数を表1に示す。

調査回答者513人中、男性は233人（45.4%）、女性が280人（54.6%）であった。男女合計で、60～64歳が161人（31.4%）と最も多く、次いで65～69歳が135人（26.3%）、70～74歳が124人（24.2%）、75～79歳が63人（12.3%）、80歳以上が30人（5.8%）であった。調査回答者の平均年齢は、男性68.2歳、女性70.9歳、全体の平均年齢が69.6歳であった。

### 2. 性別、年齢階層別、自立および要介護（含、要支援）状況

性別、年齢階層別の自立と要介護（含、要支援）の割合を表2および図1に示す。

表1 性別、年齢階層別回答者数

単位：人（ ）内%

年齢階層	男性	女性	総数（人）
60-64	78 (48.4) 33.5	83 (51.6) 29.6	161 (100.0) 31.4
65-69	63 (46.7) 27.0	72 (53.3) 25.7	135 (100.0) 26.3
70-74	53 (42.7) 22.7	71 (57.3) 25.4	124 (100.0) 24.2
75-79	27 (42.9) 11.6	36 (57.1) 12.9	63 (100.0) 12.3
80～	12 (40.0) 5.2	18 (60.0) 6.4	30 (100.0) 5.8
合計	233 (45.4) 100.0	280 (54.6) 100.0	513 (100.0) 100.0
平均年齢	68.2	70.9	69.6

513人中、男女合計で自立が371人(72.3%)、うち、男性は175人(男性233人中の75.1%)、女性196人(女性280人中の70.0%)であった。要介護は、男女合計で142人(27.7%)、うち、男性の要介護は58人(男性233人中の24.9%)、女性の要介護は84人(女性280人中の30.0%)であった。男性より女性の方に要介護率が高くみられたが、有意差は認められなかった。

性別・年齢階層別にみると、男女とも高齢者ほど自立者が概ね少なくなり、特に80歳以上では、男女とも他の年齢層より有意に少なかった(男性  $P<0.05$  ; 女性  $P<0.001$ )。男性では、60-69歳で要介護者の割合がやや高く、女性では、70-74歳および

表2 性別、年齢階層別、自立と要介護(含、要支援)の割合

単位：人（ ）内%

年齢階層	男性			女性			総数		
	自立	要介護	合計	自立	要介護	合計	自立	要介護	合計
60-64	69 (88.5) 39.4	9 (11.5) 15.5	78 (100.0) 33.5	74 (89.2) 37.8	9 (10.8) 10.7	83 (100.0) 29.6	143 (88.8) 38.5	18 (11.2) 12.7	161 (100.0) 31.4
65-69	47 (74.6) 26.9	16 (25.4) 27.6	63 (100.0) 27.0	55 (76.4) 28.1	17 (23.6) 20.2	72 (100.0) 25.7	102 (75.6) 27.5	33 (24.4) 23.2	135 (100.0) 26.3
70-74	41 (77.4) 23.4	12 (22.6) 20.7	53 (100.0) 22.7	44 (62.0) 22.4	27 (38.0) 32.1	71 (100.0) 25.4	85 (68.5) 22.9	39 (31.5) 27.5	124 (100.0) 24.2
75-79	16 (59.3) 9.1	11 (40.7) 19.0	27 (100.0) 11.6	23 (64.0) 11.7	13 (36.0) 15.5	36 (100.0) 12.9	39 (61.9) 10.5	24 (38.1) 16.9	63 (100.0) 12.3
80～	2 (17.0) 1.1	10 (83.0) 17.2	12 (100.0) 5.2	0 (0.0) 0.0	18 (100.0) 21.4	18 (100.0) 6.4	2 (6.7) 0.5	28 (93.3) 19.7	30 (100.0) 5.8
合計	175 (75.1) 100.0	58 (24.9) 100	233 (100.0) 100.0	196 (70.0) 100.0	84 (30.0) 100.0	280 (100.0) 100.0	371 (72.3) 100.0	142 (27.7) 100.0	513 (100.0) 100.0

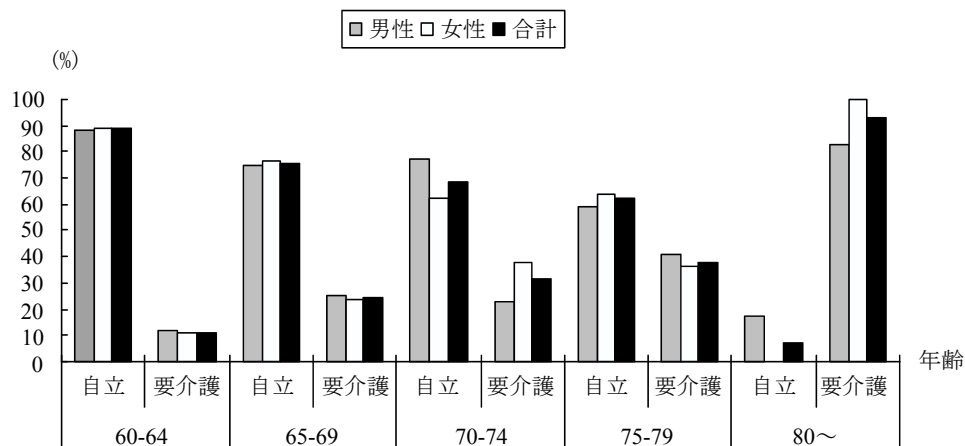


図1 性別、年齢階層別、自立と要介護(含要支援)の割合

80 歳以上で要介護者の割合が高くなっていたが、有意差はなかった。

### 3. 性別、年齢階層別、要支援および要介護度状況

性別・年齢階層別の要支援および要介護度状況を表3に示す。

男性では、要介護Ⅰが最も多く（31.0%）、次いで要支援（20.7%）と要介護Ⅱ（20.7%）、要介護Ⅲ（10.3%）、要介護Ⅴ（10.3%）、要介護Ⅳ（6.9%）の順であった。

女性も、要介護Ⅰが最も多く（35.7%）、次いで要支援（25.0%）、要介護Ⅱ（20.2%）、要介護Ⅲ（8.3%）、要介護Ⅳ（6.0%）、要介護Ⅴ（4.8%）の順であった。

男女合計では、要介護Ⅰが最も多く（33.8%）、次いで要支援（23.2%）、以下、要介護Ⅱ（20.4%）、要介護Ⅲ（9.2%）、要介護Ⅴ（7.0%）、要介護Ⅳ（6.3%）の順であった。

次に、男女合計の年齢階層別の要支援および要介護度状況を見ると、

要介護Ⅴの割合は、80 歳以上で一番多く（14.3%）、次いで、75-79 歳（8.3%）、60-64 歳（5.6%）、70-74 歳（5.1%）、65-69 歳（3.0%）の順であった。

要介護Ⅳは、60-64 歳（11.1%）、70-74 歳（7.7%）、65-69 歳（6.1%）、75-79 歳（4.2%）、80 歳以上（3.6%）の順であった。

要介護Ⅲは、75-79 歳（16.7%）、65-69 歳（12.1%）、

表3 性別、年齢階層別、要支援および要介護度の状況

単位：人（ ）内%

	年齢階層	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	合計
総数	60-64	4 (22.2) 12.1	6 (33.3) 12.5	5 (27.8) 17.2	0 (0.0) 0.0	2 (11.1) 22.2	1 (5.6) 10.0	18 (100.0) 12.7
	65-69	12 (36.4) 36.4	8 (24.2) 16.7	6 (18.2) 20.7	4 (12.1) 30.8	2 (6.1) 22.2	1 (3.0) 10.0	33 (100.0) 23.2
	70-74	10 (25.6) 30.3	12 (30.8) 25.0	8 (20.5) 27.6	4 (10.3) 30.8	3 (7.7) 33.3	2 (5.1) 20.0	39 (100.0) 27.5
	75-79	6 (25.0) 18.2	7 (29.2) 14.6	4 (16.7) 13.8	4 (16.7) 30.8	1 (4.2) 11.1	2 (8.3) 20.0	24 (100.0) 16.9
	80～	1 (3.6) 3.0	15 (53.6) 31.3	6 (21.4) 20.7	1 (3.6) 7.7	1 (3.6) 11.1	4 (14.3) 40.0	28 (100.0) 19.7
	合計	33 (23.2) 100.0	48 (33.8) 100.0	29 (20.4) 100.0	13 (9.2) 100.0	9 (6.3) 100.0	10 (7.0) 100.0	142 (100.0) 100.0
男性	60-64	1 (11.1) 8.3	4 (44.4) 22.2	2 (22.2) 16.7	0 (0.0) 0.0	1 (11.1) 25.0	1 (11.1) 16.7	9 (100.0) 15.5
	65-69	6 (37.5) 50.0	4 (25.0) 22.2	3 (18.8) 25.0	1 (6.3) 16.7	1 (6.3) 25.0	1 (6.3) 16.7	16 (100.0) 27.6
	70-74	2 (16.7) 16.7	2 (16.7) 11.1	2 (16.7) 16.7	3 (25.0) 50.0	2 (16.7) 50.0	1 (8.3) 16.7	12 (100.0) 20.7
	75-79	3 (27.3) 25.0	3 (27.3) 16.7	2 (18.2) 16.7	2 (18.2) 33.3	0 (0.0) 0.0	1 (9.1) 16.7	11 (100.0) 19.0
	80～	0 (0.0) 0.0	5 (50.0) 27.8	3 (30.0) 25.0	0 (0.0) 0.0	0 (0.0) 0.0	2 (20.0) 33.3	10 (100.0) 17.2
	合計	12 (20.7) 100.0	18 (31.0) 100.0	12 (20.7) 100.0	6 (10.3) 100.0	4 (6.9) 100.0	6 (10.3) 100.0	58 (100.0) 100.0
女性	60-64	3 (33.3) 14.3	2 (22.2) 6.7	3 (33.3) 17.6	0 (0.0) 0.0	1 (11.1) 20.0	0 (0.0) 0.0	9 (100.0) 10.7
	65-69	6 (35.3) 28.6	4 (23.5) 13.3	3 (17.6) 17.6	3 (17.6) 42.9	1 (5.9) 20.0	0 (0.0) 0.0	17 (100.0) 20.2
	70-74	8 (29.6) 38.1	10 (37.0) 33.3	6 (22.2) 35.3	1 (3.7) 14.3	1 (3.7) 20.0	1 (3.7) 25.0	27 (100.0) 32.1
	75-79	3 (23.1) 14.3	4 (30.8) 13.3	2 (15.4) 11.8	2 (15.4) 28.6	1 (7.7) 20.0	1 (7.7) 25.0	13 (100.0) 15.5
	80～	1 (5.6) 4.8	10 (55.6) 33.3	3 (16.7) 17.6	1 (5.6) 14.3	1 (5.6) 20.0	2 (11.1) 50.0	18 (100.0) 21.4
	合計	21 (25.0) 100.0	30 (35.7) 100.0	17 (20.2) 100.0	7 (8.3) 100.0	5 (6.0) 100.0	4 (4.8) 100.0	84 (100.0) 100.0

70-74 歳 (10.3%), 80 歳以上 (3.6%), 60-64 歳 (0.0%) の順であった。

要介護Ⅱは, 60-64 歳 (27.8%), 80 歳以上 (21.4%), 70-74 歳 (20.5%), 65-6 歳は (18.2%), 75-79 歳 (16.7%) の順であった。

要介護Ⅰは, 80 歳 (53.6%) 以上, 60-64 歳 (33.3%), 70-74 歳 (30.8%), 75-79 歳 (29.2%), 65-69 歳 (24.2%) の順であった。

要支援は, 65-69 歳 (36.4%), 70-74 歳 (25.6%), 75-79 歳 (25.0%), 60-64 歳 (22.2%), 80 歳以上 (3.6%) の順であった。

以上の状況を総合的に見ると, 年齢階層と要介護度の間には, 特に, 一定の関係は見られなかった。

次いで, 性別, 年齢階層別, 要支援および要介護度状況を見ると,

男性では, 要介護Ⅲ以上は 70-74 歳の年齢階層に多くみられたが, 他の年齢階層との比較では有意差は無かった。また, このうち, 要介護Ⅴが 80 歳以上で多かったが, やはり, 他の年齢階層との比較では有意差は無かった。一方, 女性では要介護Ⅲ以上は 75-79 歳の年齢階層に多くみられたが, 他の年齢階層との比較では有意差は無かった。また, このうち, 要介護Ⅴが 80 歳以上で多かったが, やはり, 他の年齢階層との比較では有意差は無かった。

4. 性別, 無障害老人と障害老人\*の割合および障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 状況

(\*無障害老人に対比して, 有障害老人と呼んだ方が分かり易いとも考えられるが, 元々, 「障害老人」という表現が, II. 2 に述べた厚生省「障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準」で使用された用語であるので, 本論文では, そのまま「障害老人」という表現を使用する。)

性別, 無障害老人と障害老人の割合および障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 状況および判定区分 (J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2) の説明を表 4 に示す。

調査回答者総数 513 人中, 無障害老人は 357 人 (69.6%), 障害老人は 156 人 (30.4%) であった。性別に見ると, 男性は, 無障害老人 170 人 (73.0%), 障害老人 63 人 (27.0%) で, 一方, 女性は, 無障害老人 187 人 (66.8%), 障害老人 93 人 (33.2%) で, 男性に比べて, 女性に障害老人の割合が多かったが, 男女間に有意差は無かった。

次に, 障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 状況を見ると,

男女合計で, J2 が最も多く (30.1%), 次いで, J1 (21.8%), A1 (17.9%), A2 (12.8%), B2 (5.8%), C2 (5.1%), B1 (4.5%), C1 (1.9%) の順であった。

表 4 性別, 無障害老人と障害老人の割合および障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 状況

単位: 人 ( ) 内%

性別	合計	無障害老人	障害老人	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 状況							
				J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
男性	233 (100.0)	170 (73.0)	63 (27.0)	12 (19.0)	19 (30.2)	11 (17.5)	5 (7.9)	4 (6.3)	5 (7.9)	2 (3.2)	5 (7.9)
	45.4	47.6	40.4	35.3	40.4	39.3	25.0	57.1	55.6	66.7	62.5
女性	280 (100.0)	187 (66.8)	93 (33.2)	22 (23.7)	28 (30.1)	17 (18.3)	15 (16.1)	3 (3.2)	4 (4.3)	1 (1.1)	3 (3.2)
	54.6	52.4	59.6	64.7	59.6	60.7	75.0	42.9	44.4	33.3	37.5
合計	513 (100.0)	357 (69.6)	156 (30.4)	34 (21.8)	47 (30.1)	28 (17.9)	20 (12.8)	7 (4.5)	9 (5.8)	3 (1.9)	8 (5.1)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

J1 は交通手段を利用して外出できる状態

J2 は隣近所へなら外出できる状態

A1 は介助により外出し, 日中は殆どベッドから離れて生活する状態

A2 は外出の頻度が少なく, 日中も寝たり起きたりの生活をしている状態

B1 は車椅子に移乗し, 食事, 排泄はベッドから離れて行う状態

B2 は介助により車椅子に移乗できる状態

C1 は自力で寝返りをうてる状態

C2 は自力でも寝返りをうてない状態

男性では、J2 が最も多く (30.2%)、次いで、J1 (19.0%)、A1 (17.5%) の順で、A2、B2 および C2 が同率 (7.9%) で続き、更に、B1 (6.3%)、C1 (3.2%) の順であった。一方、女性も、J2 が最も多く (30.1%)、次いで、J1 (23.7%)、A1 (18.3%)、A2 (16.1%)、B2 (4.3%) の順で続き、次いで、B1 および C2 が同率 (3.2%) で、最後に C1 (1.1%) の順であった。

即ち、本調査対象者 513 人中、準寝たきり状態 (A1、A2；屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしには外出できない状態) にある者が 48 人 (9.4%) 居り、更に、寝たきり状態 (B1、B2、C1、C2；屋内での生活も何らかの介助を要し、主にベッド上で過す状態、または、一日中ベッド上で過し、食事、排泄、着替えに介助を要する状態) にある者が 27 人 (5.3%) 居た。

#### 5. 性別、認知症症状が無い老人と有る老人との割合

合および認知症症状が有る老人の日常生活自立度状況

性別の認知症症状が無い老人と有る老人との割合および認知症症状が有る老人の日常生活自立度状況および判定区分 (I、II、IIa、IIb、III、IIIa、IIIb、

IV、V) の説明を表 5 に示す。

調査回答者 513 人中、認知症症状が無い老人が 437 人 (85.2%)、認知症症状がある老人が 76 人 (14.8%) であった。性別に見ると、男性は、認知症症状が無い老人が 205 人 (88.0%)、認知症症状がある老人が 28 人 (12.0%) で、一方、女性は、認知症症状が無い老人が 232 人 (82.9%)、認知症症状がある老人が 48 人 (17.1%) で、男性に比べて、女性に認知症症状がある老人の割合が多かったが、男女間に統計的有意差はなかった。

次に、認知症症状が有る老人の日常生活自立度状況を見ると、

男女合計で、ランク I が最も多く (51.3%)、次いで、IIa (15.8%)、IIb (11.8%)、IV (10.5%)、IIIa および IIIb が同率 (5.3%) の順であった。

性別に見ると、男性では、ランク I が最も多く (42.9%)、次いで、IV (17.9%)、IIa と IIb が同率 (14.3%)、IIIb (7.1%)、IIIa (3.6%) の順であった。一方、女性も、ランク I が最も多く (56.3%)、次いで、IIa (16.7%)、IIb (10.4%)、IIIa と IV が同率 (6.3%)、IIIb (4.2%) の順であった。男女ともランク V はなかった。

表 5 性別、認知症症状が無い老人と有る老人の割合および認知症症状が有る老人の日常生活自立度状況

単位：人 ( ) 内%

性別	合計	症状無し	症状有り	認知症症状が有る老人の日常生活自立度状況						
				I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V
男性	233 (100.0)	205 (88.0)	28 (12.0)	12 (42.9)	4 (14.3)	4 (14.3)	1 (3.6)	2 (7.1)	5 (17.9)	0 (0.0)
	45.4	46.9	36.8	30.8	33.3	44.4	25.0	50.0	62.5	0.0
女性	280 (100.0)	232 (82.9)	48 (17.1)	27 (56.3)	8 (16.7)	5 (10.4)	3 (6.3)	2 (4.2)	3 (6.3)	0 (0.0)
	54.6	53.1	63.2	69.2	66.7	55.6	75.0	50.0	37.5	0.0
合計	513 (100.0)	437 (85.2)	76 (14.8)	39 (51.3)	12 (15.8)	9 (11.8)	4 (5.3)	4 (5.3)	8 (10.5)	0 (0.0)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0

I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。

II 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

IIa 家庭外で上記 II の状態が見られる。

IIb 家庭内でも上記 II の状態が見られる。

III 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。

IIIa 日中を中心として上記 III の状態が見られる。

IIIb 夜間を中心として上記 III の状態が見られる。

IV 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。

V 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

#### IV. 考察

##### 1. 中国社会および本調査対象地域の高齢化と高齢者介護施設の状況

日本では、高齢化社会の到来とそれに伴う高齢者医療費の増大を背景に、社会的入院の解消などを意図した検討が始められ、高齢者を等しく社会の構成員として支えあうための介護の社会化を目指す介護保険制度が、平成12年4月から実施された（全国老人保健施設協会2004）。

しかし、中国では、介護保険は未だ全く存在していない。

中国では、2002年に、国連の発展途上国についての高齢者分類である60歳以上（United Nations 2005）の人口の総人口に対する割合が11.5%に達し（中国国家统计局2003）、高齢化が進行している。今後、更に、高齢化のスピードが速くなり、2025年には19.5%（2025年における60歳以上人口の総人口；14億人に対する割合）になると予測されている（联合国社会経済司人口局2000）。一方で、一人っ子政策により、核家族化が進展し、高齢の親を介護する子どもが身近にいない「空巢家庭」現象により、家族による高齢者介護が困難になってきており、高齢者介護政策の導入が急務になっている（王大奔2004）。

現在、中国では、子どもがいない場合や子どもが働きに出ている場合の在宅介護には、家政婦として家事援助をする「ヘルパー」を雇って対応することが多く、デイケアによる通所介護は少ない（趙と許2003）。

施設介護には、1) 低所得者対象の老人ホーム（養老院）、2) 有料老人ホーム（高齢者用マンション）などがある（王石泉2004）。これらの費用は、原則、自己負担となっている。費用の額は、介護の程度により異なる。介護施設の選択は、利用者の収入水準と密接に関わっている。

これらの介護施設は、全国で3万6千施設ぐらあり、定員約122万人で、全国高齢者数の0.8%

に過ぎない（陳2001）。

本研究の調査対象である本溪市は、1995年頃から高齢化が進み、2002年に、60歳以上の高齢者数が182,000人で、本溪市総人口の11.6%を占めている（本溪市人民政府2002）。本溪市の高齢者施設数は61、定員3,940人で、高齢者人口の2.2%に過ぎない（本溪市人民政府2002）。

このように介護施設が少ないため、在宅介護の充実が全国的に大きな課題になっている（趙と許2003）。

##### 2. 在宅高齢者の心身不自由度の実態

###### 1) 「要介護状態」および「要支援状態」の定義および「要介護者」と「要支援者」の割合

日本では、介護保険法に基づく「要介護認定に係る介護認定審査会による審査判定の基準等に関する省令（厚生省令第58号 平成11年4月30日）」（厚生省1999）による「要介護認定基準」および「要支援認定基準」により「要介護状態」および「要支援状態」が定義されている。

本研究では、「在宅高齢者の心身不自由度の実態」を客観的に把握するため、前記省令に基づく「要介護認定調査票」の「基本調査」により調査を行った。

具体的には、2003年（平成15年）4月から使用されている改訂一次判定ソフト（ソフト上州街道）（住居2003）を用いた。このソフトには、「日常生活活動（ADL；Activities of Daily Living）における障害の程度」に関する67項目と「受けている医療の状況」に関する12項目、合計79項目の状況が記録される。

本研究の結果は、60歳以上在宅高齢者のうち、完全自立は72.3%、一方、要介護者は27.7%で、男性は24.9%、女性は30.0%であった。

中国の地域在宅高齢者を対象とした研究によると、60歳以上の高齢者における要介護者の割合は13.5%～36.7%と報告されている（馬と審2000；孫

ら 2002 ; 張ら 2003 ; 湯と項 2003 ; 田 2003)。

しかし、これらの研究の「要介護状態の定義」と本研究の「要介護状態および要支援状態の定義」が異なるため、これらの数字をそのまま比較することは出来ない。

また、中国では、本調査研究で実施したような「79 項目の心身不自由度調査」プラス「寝たきり度および痴呆度判定」に互る詳しい調査は行われておらず、更に、心身不自由度状態に関連付けた介護の必要度についての研究報告も無い。

日本において、著者が使用した 2003 年 4 月改定ソフトによる在宅一般高齢者の「要介護状態および要支援状態」の調査データが得られれば、著者の今回の調査結果と比較できるのであるが、日本では、対象者が、要介護認定を受けようとする高齢者であって、在宅一般高齢者ではないので、比較が出来ない。

在宅一般高齢者については、2003 年以前の要介護認定ソフトを用いた日本の研究がある。それによると、65 歳以上の要介護者の割合は、7.9%~12.9%と報告されている（東京都老人総合研究所社会福祉部 1996; 高槻市 2000; 東京都大田区 2000）。

しかし、川越と阿部（2002）によると、同一対象者についての 2003 年以前のソフトと 2003 年 4 月改定ソフトによる調査結果の一致率は 60.1%に過ぎなかったと報告しているので、2003 年以前の要介護認定ソフトを用いた前記の日本の研究の結果と中国・本溪市の今回の調査結果とを直接比較することは出来ない。

## 2) 性別、年齢階層別に見た要介護者の割合

本調査の結果では、加齢とともに、男女とも要介護（要支援を含む）者の割合が増加していた。特に、80 歳以上では、自立者の割合が著しく低かった（表 2）。

中国の先行研究（湯と項 2003）および日本の先行研究（山川ら 1994）においても、同様の結果が報告されている。

## 3) 本溪市の要介護高齢者対策の問題

この調査研究の結果、男女合計で、調査回答者の 27.7%（表 2）が要介護（要支援を含む）者であった。本調査研究の調査対象者は、本溪市の平山区 T 社区に居住する 60 歳以上の高齢者、795 人から無作為に抽出した 530 人の内の回答者 513 人であるので、本調査研究の結果が本溪市全体の 60 歳以上人口の状態を代表するものではないが、仮にこの 27.7%を当てはめると、本溪市全体の 60 歳以上人口は 182,000 人であるので、50,414 人（ $182,000 \text{ 人} \times 27.7\%$ ）の要介護（要支援を含む）高齢者が本溪市に住んでいるという計算となる。ところが、前記のように、本溪市には、僅か 3,940 人分の高齢者施設があるに過ぎない。

上記の 50,414 人という要介護高齢者数は、前記のように、統計的に厳密な数字ではないが、仮に 10%という大きな誤差があったとしても、本溪市には 45,000 人の要介護高齢者が居ることになり、高齢者施設に入れる人は 1 割以下である。

高齢者施設に入れなくても、個人的にヘルパーを雇ったり、家族による介護が無理なく行われているケースもあるであろうことは想定されるが、上記のように多数の要介護高齢者が居ることから、これらの要介護高齢者のうちの相当数の者が公的な在宅介護体制を必要としているものと見られる。

また、「障害を有している老人」の割合は、男女合計で 30.4%（表 4）であったので、やはり、仮にこの%を本溪市全体の老人人口に当てはめると、55,328 人の障害老人が居るという計算になること、さらに、「認知症症状がある老人」の割合は、男女合計で 14.8%（表 5）であったので、同様の仮の計算で、本溪市全体では、26,936 人の「認知症症状がある老人」が住んでいるという計算になる。これらの「障害老人」と「認知症症状がある老人」に対しては、介護のみならず、専門的な医療およびリハビリテーション対策が必要である。

しかしながら、本溪市には、普通病院の中にリ

ハビリテーション科はあるが、リハビリテーション専門施設や認知症症状を有する老人に対する専門的医療施設はまだない(本溪市人民政府 2002)。

## V. 結 論

中国では、心身不自由度状態に関連付けた詳しい介護の必要度についての研究報告は無く、介護の必要度別の高齢者の実態についても殆ど研究されていなかったが、本調査研究から、中国東北部・本溪市の調査対象地区の 60 才以上の在宅高齢者の 27.7%が「要介護(要支援を含む)高齢者」であることが明らかになった。更に、対象高齢者の 30.4%が「身体障害老人」であること、また、その 14.8%が「認知症症状を有する老人」であることも判明した。

このように多くの在宅高齢者が介護を必要としているにも関わらず、本溪市は勿論、中国全体として未だ介護保険等の公的な在宅要介護者対策が無く、身体障害や認知症症状を有する高齢者に対する医療体制やリハビリテーション施設も極めて不十分である。中国人口の高齢化が急速に進行しつつある現状に鑑み、高齢者対策の確立が急務であると考えられる。

## 謝辞

本研究にあたり、ご懇篤なご指導とご校閲をいただきました国際医療福祉大学大学院 長谷川豊教授、並びに終始ご助言下さった同大学医療経営管理学科 陳霞芬助教授に心から御礼申し上げます。さらに本調査にご協力いただきました、中国本溪市の関係者の皆様に深謝致します。

## 文献

- 本溪市人民政府, 2002, 本溪市人民政府文件, [On-line] Available : [http://www.benxi.gov.cn]  
 陳徳君, 2001, 人口老齡化与養老服務体系, 人口研究, 6, 35-38  
 川越雅弘, 阿部崇, 2002, 改訂版一次判定ソフトの概要と課題～二次判定方法の確立に向けて～, 日医総研ワーキングペーパー, No.77, 平成 14 年 11 月 19 日,

- 23-29  
 厚生省, 1991, 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知, 老健第 102-2 号「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」, 1991 年(平成 3 年)11 月 18 日, 東京  
 厚生省, 1993, 厚生省老人保健福祉局長通知, 老健第 135 号「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」, 1993 年(平成 5 年)10 月 26 日, 東京  
 厚生労働省, 1999, 厚生省令第 58 号「要介護認定に係る介護認定審査会による審査判定の基準等に関する省令」, 1999 年(平成 11 年)4 月 30 日, 東京  
 厚生労働省, 2004, 厚生労働省「痴呆」に代る用語に関する検討会「第 4 回資料」(2004 年 12 月 24 日), 東京  
 联合国(国際連合)社会経済司人口局, 2000, 世界人口展望, [On-line] Available : [http://www.cpirc.org.cn]  
 馬利中, 審妍, 2000, 从 ADL 看上海市老年人日常生活自理能力, 滬杏図書, [On-line] Available : [http://www.huxing.stc.sh.cn]  
 嵯峨座晴夫, 1997, 人口高齡化と高齢者—最新国勢調査から見る高齡化社会, 大蔵省印刷局, 平成 9 年 6 月 10 日, 東京  
 住居広土, 2003, 要介護認定とは何か, 28-41, 54, 一橋出版, 2003 年 12 月, 東京  
 孫敏ら, 2002, 影響高齢老人日常生活能力の探討中国全科医学, 5(6), 482-483  
 高槻市, 2000, 高槻市介護保険事業計画, [On-line] Available : [http://www.sam.hi-ho.ne.jp]  
 湯哲, 項曼君, 2003, 北京市老年人躯体功能評価与影響因素分析, 中国老年学雜誌, 23(1), 29-32  
 田利霞, 2003, 健康老齡化的促進対策, 中国公共衛生, 19(2), 232-233  
 東京都大田区, 2000, 大田区介護保険事業計画, [On-line] Available [http://www.city.ota.tokyo.jp]  
 東京都老人総合研究所社会福祉部, 1996, 高齢者の家族介護と介護サービスニーズ, 光正館, 東京  
 United Nations, 2005, World Population Prospects, The 2004 Revision, Department of Economic and Social Affairs, ESA/P/WP.193, 24 February 2005, New York  
 王大奔, 2004, 發展上海老年護理市場和再就業工程, 滬杏図書, [On-line] Available : [http://www.huxing.stc.sh.cn]  
 王石泉, 2004, 應加快養老服務体系的建設, 探索与爭鳴, 8, 28-29  
 王志芬, 2003, 浅析中国古代尊老養老体制, 學術探索, 7, 53-56  
 徐勤, 原野, 2001, 家庭養老在中国老年保障中的作用, 人口世界ホームページ, [On-line] Available : [http://www.popinfo.gov.cn]  
 山川政信ら, 1994, 訪問悉皆調査による在宅高齢者の ADL(日常生活動作能力)の実態, 日本公衛誌, 41(10), 987-995  
 伊密, 2000, 社区一接過家庭照顧功能的第一棒, 人口与經濟, 3, 50-54  
 全国老人保健施設協会, 2004, 包括的自立支援プログラム, 10 頁, 厚生科学研究所, 東京  
 張映崎ら, 2003, 日常生活活動能力等因素对老年人認知功能的影響, 第三軍医大学学报, 25(22), 2037-2039  
 趙芳, 許芸, 2003, 城市空巢老人生活狀況和社会支持体系分析, 南京師大学報, 5(3), 61-67  
 中国国家統計局, 2003, 中国人口統計年鑑, 中国統計出版社, 北京  
 中華人民共和國, 1996, 老年人權益保障法, 國務院出版社, 北京